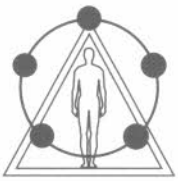
Medical Journal for Applied Kinesiology

MJAK

19. Ausgabe November 2003
€ 10,-

by IMAK / ICAK-D / ICAK-A



Dr. Eugen Burtscher

Aktuelle Aussagen und Richtlinien in der modernen AK

Klarstellung und Updates diverser Vorgehensweisen

George Goodheart, D.C.

You'll be better – Why you'll be better

Die Geschichte der Applied Kinesiology

Serie, Teil 3

Robert Straub, D.C.

NL-Aktivator

Fallstudie über eine Behandlungsvariante der NL-Punkte

✦ Praxisfälle ✦ Interessantes ✦ Neuigkeiten ✦

Aura Energie

Sponsor der Deutschen Ski-Nationalmannschaften

hypo - A

Die Besonderen Nahrungsergänzungen

Chemie Nahrung

Psyche Seelenleben

Struktur Gesundheit-Krankheit

Calcium	**100 Stck.**	**PZN**
Inhaltsstoffe: 150 mg Calcium als Carbonat		0028240
Magnesium	**100 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 150 mg Magnesium als Carbonat		0028257
Magnesium - Calcium	**100 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 75 mg Magnesium plus 75 mg Calcium als Carbonate		0028286
Chrom	**120 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 0,1 mg Chrom als Chrom-III-chlorid, Inulin*		0028292
Eisen plus Acerola Vit. C	**120 Stck.**	
Inhaltsstoffe: *Mit verbesserter Rezeptur – ohne Gelatine!* 24 mg Eisen als FE-II-Gluconat, Acerolapulver entsprechend 50 mg Vitamin C		1879299
Mangan	**120 Stck.**	
Inhaltsstoffe: *Mit verbesserter Rezeptur – ohne Gelatine!* 5,0 mg Mangan als Gluconat, Inulin*		0028346
Selen plus Acerola Vit. C	**120 Stck.**	
Inhaltsstoffe: *Mit verbesserter Rezeptur – ohne Gelatine!* 100 µg Selen, Acerolapulver entspr. 100 mg Vit. C		1879282
Zink	**120 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 25 mg Zink als Gluconat, Inulin*		0028375
Spurenelemente	**100 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 25 mg Zink, 4,5 mg Mangan als Gluconate, 0,1 mg Chrom als Chrom-III-chlorid, 30 µg Selen als Hefe selenhaltig, Inulin*		0028487
Vit. B-Komplex plus	**120 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 25 mg Zink, 4,5 mg Mangan als Gluconate, Vitamine B1-Thiamin 2,4 mg, B2-Riboflavin 3,0 mg, B3-Niacin 30,0 mg, B5 Ca-D-Pantothenat 25,0 mg, B6-Pyridoxin 3,0 mg, B12-Cyano cobalamin 8 mcg, Folsäure (B9) 0,4 mg, Biotin 0,25 mg, Inulin*		0267163

PZN – (Deutsche) Pharma-Zentral-Nummer

hypo - A GmbH

D-23569 Lübeck

Kücknitzer Hauptstraße 53

Tel.: 04 51 - 307 21 21

Fax: 04 51 - 30 41 79

E-Mail: info@hypo-a.de

stets aktuell: www.hypo-A.de

Erfolgreiche Bioenergetiker schwören auf

hypo - A – Premium-Qualität

„You can never lie to an allergic patient!" sagt der Amerikaner. Wer effektiv und erfolgreich arbeitet, weiß exzellente reine Substanzen zu schätzen – pure encapsulation hochwertiger Rohstoffe in klugen Kombinationen:

- **ohne** chemische Hilfsstoffe
- **ohne** Farben
- **ohne** Aromen
- **ohne** belastende Fremdstoffe

Unsere bioenergetisch selektierten Substanzen normalisieren den Energiefluß im Meridiansystem. Sie optimieren die Organfunktion wie die Streßregulation und garantieren natürlich das hormonelle Gleichgewicht.
Nach deutschem Lebensmittelrecht in Deutschland gefertigt, sind unsere Produkte ohne Einschränkung in der EG voll verkehrsfähig. Therapeuten können bei uns direkt beziehen und an Patienten selber abgeben oder über Apotheken rezeptieren.

hypo - A – Nahrungsergänzungen sind der Garant Ihrer ganzheitlichen Therapieerfolge mit der hoT-hypoallergenen orthomolekularen Therapie.

hypo - A – Premiumqualität ist das energetische und nutriologische Fundament einer Schönheitspflege von innen, die sich dem Erfahrenen durch die erstrahlende Aura offenbart.

hypo - A – Orthomolekularia schaffen die nutritive Optimierung der Nahrungsgrundlage. Sie sind die natürliche Basis der energetischen Erweiterung einer balancierten *„Triade of health"*:
Chemie ⇔ Struktur ⇔ Psyche ⇔ ... ⇔ *... Energie!*

hypo - A – Nahrungsergänzungen –
die bio-energetische Dimension der Nutriologischen Medizin!

3-SymBiose	**100 Stck.**	**PZN**
Inhaltsstoffe: Kombination von Bifidobacterium lactis, Lactobacillus acidophilus als 10^9 lebensfähige Keime, Zink 10,0 mg als Gluconat, Folsäure 0,2 mg, Vitamin B12 0,004 mg, Vitamin D3 0,005 mg, Silicea/Kieselerde 50 mg, Inulin*		1609890
Vitamin A + E	**120 Stck.**	
Inhaltsstoffe: Vitamin E (natürliches D-Tocopherol) 65 mg, Vitamin A (Retinol) 4,5 mg, 380 mg Öko-Leinöl		0556909
Q 10 plus Vitamin C	**90 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 600 mg Acerola-Kirschpulver mit 150 mg natürlichem Vitamin C, 30 mg Coenzym Q 10		0813039
Lachsöl	**150 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 510 mg Lachsöl mit 10 mg D, L-α-Tocopherolacetat		0028493
Nachtkerzenöl	**150 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 500 mg Nachtkerzenöl mit 10 mg D, L-α-Tocopherolacetat		0028518
NK-Borretschöl	**150 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 300 mg Nachtkerzenöl mit 200 mg Borretschöl, 10 mg D, L-α-Tocopherolacetat		0503184
Schwarzkümmelöl	**150 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 490 mg Schwarzkümmelöl mit 10 mg D, L-α-Tocopherolacetat		0028524
Echium Ω 3/6 „Vegetarisches Lachsöl"	**90 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 500 mg Echiumöl, Vitamin E (50 mg/100g)		0813016
Bioenergetischer Testkasten		

– Alle Produkte in bei Bedarf zu entfernender hypoallergener farbloser Kapsel
** Ballaststoff aus der Zichorienwurzel zur Förderung der symbiotischen Keime der Darmflora*

hypo - A Garantie:

hypo - A – Premium – Nahrungsergänzungen werden garantiert ohne chemische Zusatzstoffe in Deutschland aus bioenergetisch selektierten hochwertigen Rohstoffen hypoallergen verkapselt.

hypo - A – Nutritiva sind speziell auch für Allergiker konzipiert!

Liebe AK'ler, liebe Leserinnen und Leser,

›Wenn es am schönsten soll man aufhören‹.

Bei der Herausgabe von **MJAK I**, die im Zusammenhang mit der Jahreshauptversammlung von ICAK 1997 stattfand, war mir damals noch nicht bewusst, dass sich dieses Projekt bis zum heutigen Tage fortsetzen wird. Ursprünglich als zweisprachiges Journal konzipiert, war dann aber das internationale Interesse doch zu gering, als dass wir diesen Aufwand weiter fortgesetzt haben. Ohne weitere bedeutende Veränderungen und von größeren Pannen verschont hat sich **MJAK** mit seinen zwei bis meist drei Ausgaben pro Jahr nun als feste Institution von ICAK-D, IMAK und mittlerweile auch ICAK-A etabliert.

Immer war es mir eine Freude unsere Mitglieder und die Lehrerschaft zur Veröffentlichung von Artikeln motivieren zu dürfen und aktuelle Erkenntisse zusammenzustellen. Aus dieser Arbeit sind sehr vielseitige und angenehme Kontakte entstanden, die mich selbst immer wieder motiviert haben weiterzumachen und mir jedes neue **MJAK** Freude und Stolz durch sein Erscheinen bereitet hat. Lange habe ich gezögert nun diesen Entschluss zu fassen mich aus der Herausgabe und Redaktion von **MJAK** zurückzuziehen. Mir bleibt nun die letztmalige Aufgabe wiedereinmal alle aufzufordern und zu stimulieren sich weiter mit Artikeln und Beiträgen an **MJAK** zu beteiligen und meiner(m) Nachfolger(in) ebenfalls zu weiteren gelungenen Herausgaben zu verhelfen.

Ein ganz herzlicher Dank gilt allen, die durch Beiträge, Ideen und Kritik Ihren Beitrag für unsere Mitgliederzeitschrift geleistet haben und an Lucy Wiedner, unsere Layouterin, die mir als unerfahrenem Redakteur den nötigen Feinschliff verlieh.

Ich wünsche Euch allen einen wunderschönen Winter und viel Spaß und Erfolg in Eurer täglichen Arbeit.

Euer

Karl Kienle, Arzt, Redaktion

Inhalt

- **Editorial** 3
- Dr. E. Burtscher: **Aktuelle Aussagen und Richtlinien in der modernen AK, Teil 1** 5
- R. Straub: **NL-Aktivator** 8
- Dr. T. Greßmann: **Störfeldaustestung wird immer wichtiger – authentischer Fall eines Arztes mit AK-Ausbildung** . . . 9
- **Impressum** 11
- Dr. I. Ramšak: **Zwei Beispiele aus der täglichen AK-Praxis eines Allgemeinmediziners zum Zahnherd** . . . 12
- W. Gerz: **Bio-logische Präparate – Veränderungen** . . . 16
- Dr. O. Schulze: **Einfluss von erhöhter Leinölaufnahme auf den Fettstoffwechsel** 17
- I. Wenzel: **AK-Süd 2003 Auf dem Schafberg** 19
- Dr. A. Ginter: **Nerve entrapment Kurs Essen** 22
- Serie: **Die Geschichte der ›Applied Kinesiology‹** 23
- Dr. M. Fitzner: **Schmuck ist nicht gleich Schmuck** 25
- Für Sie gelesen: **Aspergillose durch Mülltrennung?** 25
  - **MS durch Epstein-Barr-Virus?** 26
  - **Parasitäre infektionen als ›Rheuma‹-Ursache?** 26

pure® encapsulations

DAS ORTHOMOLEKULARE SYSTEM

- Mineralien
- Spurenelemente
- Vitamine
- Aminosäuren
- Phytotherapeutika
- Pilzextrakte

REINSUBSTANZEN

HYPOALLERGENE NAHRUNGSSUPPLEMENTE

Alleinvertrieb für

Österreich
Schweiz
Slowenien
Kroatien
Bosnien
Yugoslawien

Direktimport aus USA

pro medico
pewa med
Brehmstrasse 2 . A-8053 Graz
Tel. +43 / 316 / 26 26 33-0
Fax +43 / 316 / 26 26 33-6

DR. EUGEN BURTSCHER

Aktuelle Aussagen und Richtlinien in der modernen AK

Teil I

Jeder, der mit AK regelmäßig arbeitet weiß, wie dynamisch und schnelllebig Teile des gelehrten Stoffes sind.
Vor nicht allzu langer Zeit wurde beim Muskeltest nur zwischen ›Stark‹ oder ›Schwach‹ unterschieden. Erst durch die Ergänzung und Aufarbeitung der hypertonen Muskelreaktion konnten insbesondere internistische Krankheitsbilder genauer – ja zum Teil erst sinnvoll untersucht werden.
Auch das Thema Switching war lange nicht richtig greifbar und hat viele AK'ler primär verunsichert. Durch die Integration der klassischen Akupunkturlehre, des URS-Komplexes und der Herdlehre ist das Thema Switching klarer und verständlicher geworden.

Bei den heurigen Bregenzer AK-Tagen wurde auf Wunsch mehrerer Teilnehmer ein Update zu verschiedenen AK-Themenkreisen aus heutiger Sicht und die praktische Vorgehensweise dazu besprochen. Durch die daraus entstandenen Gespräche wurde mir erst bewusst, wie wichtig solche ›AK-State of the Art-Klärungen‹ sind.

Dieser Artikel soll einige wichtige Aussagen und Schlussfolgerungen innerhalb der AK-Diagnostik schriftlich darlegen, so wie sie derzeit in der IMAK, ICAK-A, und ICAK-D Lehrerschaft gesehen und gelehrt werden.

1) Testung mit TL/CH über Akupunkturpunkten oder Organzonen:

- Am besten ist immer die vom Patienten selbst durchgeführte TL (z.B. zum Sedierungspunkt, zur Organzone usw.). Wenn diese exakt durchgeführt wird, hat sie die niedrigste Fehlerquote!

- Wo dies nicht möglich ist, kann der Untersucher die TL durchführen – allerdings mit einer etwas höheren Fehlerquelle. Dies wird verursacht durch die stärkere Miteinbeziehung des Untersuchers in den Testvorgang, was ja normalerweise minimiert werden sollte.

- Akupunkturpunkte mit positiver TL zeigen auch einen positiven Challenge (CH). Dieser erfolgt am besten durch einen kurzen und festen Druck an der richtigen Lokalisation des Akupunkturpunktes. Das zum Teil verwendete ›Klopfen‹ an diesen Stellen hat eine etwas höhere Fehlerquote, sodass ausreichend Erfahrung und zum Teil eine Gegenprüfung notwendig ist (s. Lehrbuch Gerz/ICAK Conference 1994 Monte Carlo).

- Wenn nicht sicher ist, ob ein Akupunkturpunkt eine positive TL aufweist (z.B. bei der Überprüfung auf Hypertonus), so darf nicht als quasi Verstärkungsversuch der Punkt stimuliert **und** zusätzlich gehalten werden. Dies käme praktisch einem Doppel-CH/TL gleich, wodurch der primär positive CH mit TL wieder aufgehoben wird. So kann z.B. eine primär gefundene Sedierung (z.B. Dü 8 beim normotonen Rectus femoris) plötzlich nicht mehr gefunden werden und der Muskel imponiert dann scheinbar als hyperton.

→ Ist die TL zum Sedierungspunkt unsicher, so sollte mit einer anderen Sedierungsmethode (z.B. Muskelspindel-Technik) der Muskel nochmals überprüft werden. Jene Methode, die ein klares Untersuchungsergebnis liefert, ist dann die Beste.

- Analoges zum vorherigen Punkt ist zu beobachten, wenn länger mit dem gleichen Indikatormuskel gestestet wird und immer wieder derselbe Sedierungspunkt zur Überprüfung des Hypertonus stimuliert wird. Durch die schließlich nachwirkende Stimulationswirkung des Akupunkturpunktes kann die ➔

ABSTRACT:

Der Autor weist in diesem Artikel auf diverse Fehlermöglichkeiten im AK-Test hin.

Er stellt divergierende Auffassungen und Vorgehensweisen zur AK Testung von Akupunkturpunkten, Phytotherapie, Testung von Amalgambelastung, -ausleitung und damit assoziierte Problembereiche klar.

➔ TL oder der CH dazu plötzlich verschwinden und einen Hypertonus vortäuschen! Also eine weitere mögliche Fehlerquelle!

2) Testung von Phytotherapeutika:

Pflanzen als Therapeutikum nehmen bezüglich Substitution oder Information eine Sonderstellung ein (die Pflanze ist mehr als die Summe der Inhaltsstoffe!). Entsprechend testen viele pflanzliche Substanzen schon in der Hand. Dies trifft primär auf Tinkturen zu. Pulverisierte Pflanzenteile in einem Glasbehälter (dabei aber nicht verkapselt!) testen ebenfalls noch häufig in der Hand. Bei Unklarheit muss das Pulver aber auf die Zunge gegeben werden!

→ **Testung als Therapeutikum:** Erstrebenswert im AK-Test ist jene pflanzliche Tinktur, welche möglichst alle erhobenen Befunde – schon in der Hand getestet – aufhebt!

→ **Testung auf Verträglichkeit:** Umgekehrt muss bei der Testung auf Verträglichkeit ein pflanzliches Mittel (insbesondere Nahrungsmittel) in den Mund genommen werden! Hier genügt die Testung in der Hand natürlich nicht!

3) Amalgam – Nosoden allgemein

Nosoden sind ein elegantes diagnostisches Hilfsmittel, aber sie genügen allein meist nicht zur Erstellung einer haltbaren Diagnose!

• Beispiel **Amalgam-Nosoden:**
- NC durch Amalgam Nosode = Verdacht auf Amalgambelastung
- HC auf Amalgam Nosode = Verdacht auf Amalgambelastung
- Schwäche auf Amalgam Nosode = Verdacht auf Amalgambelastung

Bei HC oder Schwäche würde man bei genauer Suche meist eine entsprechende richtige Potenz finden, die dann einen NC macht (die Aussage bleibt dieselbe).

→ Jedenfalls muss zur Verifizierung der Verdachtsdiagnose ein DMPS-Test angeschlossen werden!

4) Warum ist mit Amalgam-Nosoden keine sichere Aussage möglich?

Es können bei positiver Testung folgende Konstellationen (oder auch noch andere) vorliegen, die nicht einer Amalgambelastung entsprechen:
- Reaktion auf ein spezielles Metall in der Amalgam-Legierung (z.B. Reaktion auf den Silberanteil, welche durch einen Silberring früher induziert wurde)
- Reaktion auf Quecksilber als homöopathisches Lymphmittel (aber ohne tatsächliche Hg-Belastung – dies kann zum Teil auch bei Personen, die nie Amalgamfüllungen gehabt haben gefunden werden.

Manchmal kann auch keine Reaktion auf Amalgam-Nosoden gefunden werden, obwohl eine Amalgambelastung vorhanden ist (was sich dann später erst im DMPS-Test herausstellt).

In diesem Zusammenhang tauchen immer wieder obskure Aussagen auf wie z.B.:

• **Pilz und Amalgam** sollen einen engen Zusammenhang haben – man soll sogar keine Pilztherapie machen bevor nicht Amalgam entfernt und ausgeleitet wurde?

Dies ist in keinster Weise nachvollziehbar! Hier wird Ursache und Wirkung verwechselt bzw. vermischt: **Natürlich verstärken sich eine Amalgambelastung, Pilzbelastung oder andere Belastungsfaktoren (Herde usw.) gegenseitig – aber sie bedingen sich nicht!**
Natürlich gibt es Mykosen, die erst nach sauberer Ausleitung von Quecksilber bzw. Zinn suffizient therapiert werden können.
Bei der überwiegenden Zahl der Patienten ist dies jedoch nicht der Fall.

• Mit **Koriander und Spirulina** könne gut ausgeleitet werden? Sie sollen sogar Komplexbildner ersetzen können?

In meiner Praxis wurden in den letzten 10 Jahren über 2000 DMPS-Tests ohne nennenswerte Komplikationen durchgeführt. Ebenfalls wurden mehrere hundert Ausleitungen mit DMSA nach dem Schema wie es Gerz in seinen Büchern seit vielen Jahren beschreibt durchgeführt – auch ohne nennenswerte Komplikationen.

Ich habe aber interessanterweise schon Fälle mit Intoxikations-Problemen nach monatelan- ➔

ger Koriander und/oder Spirulina Einnahme bekommen.

Die wenigen Beispiele, wo ich nach Koriander oder Spirulina-Einnahme einen DMPS-Test durchführen konnte, weisen bisher auf ein wenig bis nicht messbares Ausleitpotential dieser Substanzen hin.

5) Was ist eine Schwermetall-Ausleitung ?

Nach toxikologischen Gesichtspunkten kann von Ausleitung nur gesprochen werden, wenn ein anerkannter Komplexbildner (DMSA, DMPS, EDTA, NAC, ...) verwendet wird!
Mineralstoffe, Spurenelemente (inklusive Selen), Vitamine, homöopathische Mittel (inklusive Nosoden), Kuren usw. sind als Begleitmaßnahmen sinnvoll und je nach Testung sehr hilfreich; man kann aber allein durch diese Maßnahmen nicht von einer Ausleitung sprechen!

→ in diesem Zusammenhang werden zukünftig die IMAK-Dozenten diese Nomenklatur genau berücksichtigen.

6) Wann DMPS? Wann DMSA?

Der standardisierte DMPS-Test wird logischer Weise am besten mit der DMPS-Ampulle durchgeführt (siehe AK-Lehrbuch oder Buch: Biologische Präparate von Gerz).

Falls anschließend weiter mit DMPS-Ampullen ausgeleitet wird, sollte man berücksichtigen, dass nach mehreren Ampullen zunehmend allergische Reaktionen auftreten können (Schrott). Bei der Ausleitung mit DMSA wurde dies nicht beobachtet.

DMSA ist ein etwas stärkerer Komplexbildner und zumindest teils liquorgängig, was bei Hg-Depots im ZNS mit besonders langer HWZ hilfreich ist.

→ Damit ist die Ausleitung mit DMSA sinnvoller und sicherer und die Grundregel von Gerz: **Diagnose mit DMPS und Therapie mit DMSA** gilt nach wie vor.

7) Muss oder soll der Zahnersatz-Materialtest erst nach der Hg-Ausleitung erfolgen?

Tatsächlich ist dies in der Allgemeinpraxis meist nicht durchführbar. Bei unseren zahnärztlichen AK-Kollegen schon eher.

Grundsätzlich müssten bei einem Patienten nach einer ›Lege-artis‹ Ausleitung tendenziell mehrere Materialien als verträglich testen, da ja eine Entlastung stattgefunden haben sollte (falls für diese Ausleitung eine tatsächliche Indikation bestand (siehe Problematik der Amalgam-Nosoden).

→ Falls beim Zahnersatzmaterialtest schon vor der Ausleitung (ja sogar noch mit Amalgamfüllungen im Mund) der Großteil der Proben als verträglich testet, so spricht nichts dagegen dieses Ergebnis dann auch zu verwenden.

→ Wichtiger ist, dass ein mögliches Switching berücksichtigt wird und genau getestet wird (zu Switching siehe Teil 2).

→ Wenn bei einem Zahnersatzmaterialtest alle oder fast alle Materialien als unverträglich testen, sollte der Test abgebrochen werden und die Suche nach grundlegenden Störfaktoren des Körpers begonnen werden. Nach Aufarbeitung dieser zeigt sich anschließend meist ein komplett anderes Bild.

→ Zu den wesentlichen Störfaktoren zählen u.a. chronische Enzündungen (Tonsillen und/oder Zähne, Nebenhöhlen), Kiefergelenk, Darm als Störherd (Candidose, Parasitose usw.), verschiedene Narben und Vieles mehr. Natürlich zählen auch hierzu Schwermetallbelastungen und andere toxische Substanzen.

Es ist nahe liegend und ökonomisch, primär die leicht und schnell angehbaren Störfaktoren aufzuarbeiten und anschließend nochmalig eine Bestandsaufnahme zu erheben. Erst dann werden die aufwendigeren Maßnahmen getroffen. Meistens findet über die ›einfachen‹ Entlastungen schon eine deutliche Besserung statt.

→ Umgekehrt kann eine ›teure‹ Schwermetallausleitung ohne Aufarbeitung lokaler Störherde (Zähne, Narben usw.) zur Enttäuschung für den Patienten führen mit weiterhin gleich bleibenden Beschwerden.

(Fortsetzung folgt)

Dr. med. Eugen Burtscher
Eisengasse 6, A-6850 Dornbirn
Fax: 0043-(0)5572-319459

ROBERT STRAUB, D.C.

NL-Aktivator

Im Oktober 2001 begann ich die NL-Punkte der Patienten zur Stärkung der hypotonen Muskeln nicht mehr, wie bisher, mit den Fingern zu stimulieren, sondern mit einem kleinen Instrument namens ›Aktivator‹. Dieses Gerät gehört zur gleichnamigen chiropraktischen Technik und ist von der amerikanischen Gesundheitsbehörde FDA geprüft.

Wie so oft bei neuen Entwicklungen, war bei dieser einfachen Art der Behandlung der Zufall mit im Spiel.

Nachdem ich es anfangs nicht glauben wollte, dass es auch so einfach geht, beschloss ich im November 2001 meine Patienten in drei Gruppen einzuteilen und eine kleine Studie zu starten.

1. Gruppe – Diese Patienten bekamen eine klassische NL-Behandlung
2. Gruppe – Diese Patienten wurden mit dem Aktivator behandelt
3. Gruppe – Diese Patienten bekamen eine Placebo-Aktivator-Behandlung

In der 1. und 2. Gruppe waren jeweils 35 Patienten. Die 3. Gruppe bestand aus 25 Patienten. Jeder Patient wurde 12 mal behandelt. Der Zeitraum der Studie erstreckte sich über sieben Monate, vom November 2001 bis zum 30. Mai 2002.
Es wurden nie mehr als drei unterschiedliche Muskeln je Sitzung behandelt und auch nie beidseitige Muskelschwächen. Alle Muskelschwächen wurden mit vorheriger TL des Patienten am anterioren NL-Punkt stark getestet.

Diese Stimulation der NL-Punkte in der 1. Gruppe wurde für 30 Sekunden mit einem Druck von ca. einem Pfund vorgenommen. Entweder mit Zeigefinger oder Daumen, bei NL-Zonen mit allen vier Fingern (ohne Daumen). Danach wurde sofort der entsprechende Muskel getestet. In allen Fällen wurde der Testmuskel danach stark oder deutlich stärker. Ein schwacher Muskel musste mit dieser Methode im Durchschnitt 2,7 mal behandelt werden, bis er für vier Wochen nach der Behandlung, immer noch stark war. Dann hörte der Beobachtungszeitraum auf.

Die Stimulation der NL-Punkte, bzw. Zonen geschah in der 2. Gruppe mit dem Aktivator II (später auch mit dem Aktivator III) – ein Impuls direkt auf den Punkt; bei NL-Zonen wurden mehrere nebeneinanderliegende Punkte aktiviert. Auch hier wurde der Muskel sofort wieder getestet und war stark, bzw. deutlich stärker. Ein schwacher Muskel musste mit dieser Methode im Durchschnitt 2,6 mal behandelt werden, bis er für weitere vier Wochen nach der Behandlung immer noch stark war. Dann hörte der Beobachtungszeitraum auf. Die Einstellung der Stärke des Impulses am Aktivator betrug 3-5 Ringe.
In der 3. Gruppe wurden die Patienten mit einem auf Placebo eingestellten Aktivator (null Ringe) behandelt. Nur in 17% der Fälle kam es bei der anschließenden Muskeltestung zu einer deutlichen bis hin zur kompletten Stärkung des Muskels. Ein schwacher Muskel musste mit dieser Methode im Durchschnitt 11,9 mal behandelt werden und wurde in fast allen Fällen im Zeitraum der Beobachtung wieder schwach. Nur bei einem von den 25 Patienten war (aus welchen Gründen auch immer) eine leichte Stärkung der Muskeln auch im anschließenden Beobachtungszeitraum zu verzeichnen.

Abschließend wäre zu sagen, dass die manuelle Stimulierung der NL-Punkte gleich zu setzen ist mit der der Aktivatorbehandlung. Meine anfängliche Annahme, dass die gute alte Handarbeit längere Wirkung zeigt, hat sich aufgrund der Studie und den weiteren Erfahrungen zerschlagen.

Die Vorteile der Behandlung der NL-Punkte mit dem Aktivator liegen gleichermaßen auf Seiten des Patienten und des Therapeuten.

1. Geringerer Zeitaufwand (ca. eine Sekunde)
2. Für den Patienten keine schmerzhafte Stimulation

Inzwischen sind auch Nachbauten des Aktivators getestet worden (Integrator und Adjuster) und zeigten dieselben Ergebnisse.

Das Ergebnis der Studie wurde im Frühjahr 2003 den Mitglie- ➔

dern des Bund deutscher Chiropraktiker vorgestellt und veröffentlicht. Seitdem gibt es viele andere Kollegen, bei denen diese schnelle und sanfte Behandlungsart der NL-Punkte in der Praxis genauso gut funktioniert wie in meiner eigenen Praxis – zum Wohle der Patienten.

Robert Straub, Heilpraktiker
Doctor of chiropractic, Präsident des Bundes deutscher Chiropraktiker, Mitgliedschaften: S.O.T.O.-U.S.A., International Board of Governors der World Chiropractic Alliance
naturheilpraxis-friedrichshof@t-online.de

DR. THOMAS GREßMANN

Störfeldaustestung wird immer wichtiger – der authentische Fall eines Arztes mit AK-Ausbildung

Der Zahnarzt Dr. G. absolvierte in Herbst 1998 seine Prüfung zum A-Diplom in AK. Nach dieser Zeit baute er die AK immer mehr in seine Praxisstruktur ein, ohne jedoch das Leistungsspektrum der Praxis ausschließlich an der AK zu orientieren. Die AK wurde hauptsächlich zur Bisslagebestimmung hinzugezogen, da die so ausgetesteten Bisslagen immer eine Begradigung der Wirbelsäule und des Beckens nach sich zogen. Weiterhin testete Dr. G. in seiner Praxis Störfelder aus, so z.B. Tonsillenstörfelder (Mandeln), auch Narben oder tote Zähne. Zahnärztliche Materialien wurden auf Ihre Verträglichkeit geprüft werden, und und und ...

Im April 2003 fiel Dr. G. auf einer Fahrt ins Piemont – er war mit dem Wohnmobil unterwegs – auf, dass ihm nach acht Stunden Fahrt etwas das ›Kreuz‹ weh tat.
Nach so einer langen Fahrt tat G. dies als unproblematisch ab.

Doch eines ärgerte ihn: wie auch schon letztes Jahr im Mai, als er in der Toskana urlaubte, behinderte ihn eine von manchen Orthopäden als ›Epikondylitis‹ diagnostizierte Entzündung im linken Ellenbogen.
Diese Entzündung im linken Ellenbogen hatte zwar ihren Höhepunkt Pfingsten 2002 in der Toskana (eine Mineralwasserflasche war schon zu schwer), doch zu dieser noch leichten Entzündung links gesellte sich ein starker, identischer Schmerz auf der rechten Seite im Ellenbogen. Jegliche Therapieversuche mit Spritzen aller Art (Procain, Lokalanästhetika, Corticoide) brachten keine Besserung. Sollte es vom zahnärztlichen Behandeln kommen, hätte es doch wenigstens in den zweieinhalb Wochen Urlaub etwas besser werden müssen!!

Doch zurück ins Jahr 2003.
Pfingsten, die komischen Schmerzen im linken Gesäßmuskel kamen sporadisch wieder, auch ohne Autofahrt. Dr. G. erhoffte sich von seinem zweieinhalbwöchigem Rügenurlaub deutliche Besserung im Bereich des stark schmerzenden Ellenbogens und der unteren Lendenwirbelsäule, denn was anders sollten diese Schmerzen im linken Gesäßmuskel schon sein, als von der Wirbelsäule ausstrahlend. Eh klar, bei der Haltung im zahnärztlichen Beruf.
Seltsamerweise wurde auf Rügen nichts besser, weder die ›Epicondylitis‹, noch der jetzt schon bisweilen beim Sitzen stechend einschießende Schmerz im linken Gesäß. Das Sitzen am Wohnmobiltisch wurde langsam zur Qual, Dr. G. war froh, wenn er Liegen oder Stehen konnte. Entsprechend gestaltete sich auch die achtstündige Heimfahrt im Wohnmobil – es war kein Spaß.

Am Montag Morgen in der Praxis – Dr. G. konnte nurmehr im Stehen behandeln.

So konnte es nicht weitergehen: Er machte sich auf, zu einer Osteopathin, um sich ›einren-

➔ ken‹ zu lassen, obwohl er in seiner Erinnerung kein Trauma hatte, wo er sich hätte etwas ausgerenkt haben können. Die Osteopathin behandelte ihn mit bestem Erfolg – er war nach der Behandlung völlig schmerzfrei … – für drei Stunden.

Beim Besuch eines befreundeten Orthopäden – Dr. G. hatte am Vortag die Tochter des Orthopäden operiert – fiel dem Orthopäden und Osteopathen Dr. K. die seltsame Sitzposition von G. auf. (G. fühlte beim Sitzen inzwischen immer deutlicher das Messer in seinem linken Gesäßmuskel, ca. 3 cm tief. Der Schmerz strahlte meist sogar bis in die Außenseite des linken Knies aus.) Eine orthopädische Untersuchung mit Röntgendiagnostik aller relevanten Körperteile brachte keine Diagnose – es blieb nur die dumme Haltung im Beruf von Dr. G. – und schließlich war G. auch schon 42 Jahre.

Ein vom Orthopäden veranlasstes MR (Kernspintomogramm) zeigte eine jugendliche Wirbelsäule, auf der man, wenn man sich ganz sehr anstrengte (aber eigentlich nicht wirklich) doch etwa die typischen Verschleißerscheinungen an den Wirbelkörpern sehen konnte – der zahnärztliche Beruf forderte eben doch seinen Tribut. Trotzdem – die Wirbelsäule einer 12-jährigen sah nach Meinung des Radiologen auch nicht anders aus. Die Bandscheiben könnten auch minimal vorgewölbt sein, jedoch ohne eine Verengung der Nervenaustrittsstellen zu verursachen.

Dr. G. konnte nur noch unter starken Schmerzmittel und nur noch im Stehen behandeln – also eigentlich gar nicht mehr. Ein notfallmäßig – aus der Sprechstunde heraus - aufgesuchter Neurologe konnte keinerlei sensible oder motorische Ausfälle feststellen. Er konnte und wollte weder einen Bandscheibenvorfall ausschließen, noch hielt er einen Prozess im zentralen Nervensystem für sehr wahrscheinlich.

Der unmittelbar daraufhin konsultierte Orthopäde Dr. C. aus B. diagnostizierte ein eingeklemmtes ISG (Ileosacralgelenk), das er auch sofort löste – jedoch ohne subjektive Beschwerdebesserung von Dr. G. Zusätzlich spritzte Dr. C. noch ein lange wirkendes Lokalanästhetikum direkt in und um den ›Messerstich-Muskel‹. Auch hier verspürte Dr. G. keinerlei lindernde Wirkung. Dr. C. verordnete zusätzlich detonisierende Massagen bei einer Physiotherapeutin, die sofort eine verkürzte Muskulatur diagnostizierte, als sie den Beruf von Dr. G. kannte.
Bei der Behandlung wunderte sie sich dann, wie dehnbar die Muskeln von Dr. G doch seien – aber etwas verkürzt schienen sie schon aufgrund der Berufsbezeichnung. Detonisierende Massagen – keine Besserung.

Da der verkrampfende Muskel mit dem messerstichartig einschießenden Schmerz eine Beziehung zum Darm hatte, wurde ein Termin zur internistischen Gesamtuntersuchung vereinbart. Die Ultraschalluntersuchung des Bauches von vorne und hinten bestätigte den erstmals durchgeführten AK-Test: Nichts am Darm. Der AK-Test ergab auch kein Candida- oder Parasitenproblem.

Eine durchgeführte Coloskopie brachte keinerlei pathologischen Befund, aber eine gewisse Beruhigung für Dr. G.

Der linke Gesäßmuskel hatte wohl eine TL, aber keine Gegen-TL, die als Doppel-TL wirkte.
Als Therapeutikum testeten lediglich Lokalänästhetika, die lokal injiziert – der Anästhesist Dr. F. durfte es gleich ausprobieren (10 ml Procain) – jedoch überhaupt keine Schmerzlinderung brachten.

Im erneuten AK-Test zeigte sich ein schwacher Latissimus dorsi – klar: Blockade der BWS. Eine Lösung der nicht blockierten BWS brachte keine Besserung.
Aber – aus Versehen oder ex juvantibus – eine TL zum einzigen devitalen Zahn im Mund von Dr. G. (dem rechten unteren 6er, vor 19 Jahren perfekt (!) wurzelbehandelt und seitdem auf jedem Röntgenbild ohne jeglichen Befund) brachte die sehnsüchtigst erhoffte Doppel-TL.

Rechter unterer Backenzahn – zu messerstichartig verkrampfenden tiefen Anteil des linken Gesäßmuskels?? Na ja.

Eine Leitungsanästhesie im rechten Unterkiefer (10 ml Carbostesin 0,5%) brachte innerhalb von zwei Stunden völlige Beschwerdefreiheit im linken Gesäßmuskel, die mit nachlassender Wirkung der Spritze verblasste. Aber immerhin 16 Stunden schmerzfrei und uneingeschränkt beweglich. Dr. G. erreichte mit den Fingerspitzen wieder den Fußboden – vorher nur die Knie. Das Vorlaufphänomen von 5 cm links war während der Wirkung der Spritze auch weg. ➔

➔ Zwei Tage später besuchte Dr. G. zum Übernachten in München seinen alten Freund aus der Skischule, Dr. L. Dr. L, inzwischen Chirurg und Orthopäde in einer Münchner Praxis hatte seinen Schwerpunkt in der minimalinvasiven Wirbelsäulenchirurgie. Beim Studium der MR Bilder entdeckte er deutliche Einengungen an den Facettengelenken von L3 bis S1, die er am nächsten Tag auch unter CT-Kontrolle gleich beidseits anspritzen durfte (mit Corticoid und Carbostesin 0,25%). Daraufhin war Dr. G. beschwerdefrei – nach zwei Stunden – für 10 Stunden.

Am Abend auf der Heimfahrt von München lag Dr. G. nur noch in seinem PKW. Und keiner nahm ihm das Messer aus dem Gesäßmuskel. Selbst stärkste Schmerzmittel – auch in Kombination und zusammen – halfen nicht mehr.

Eine Akupunktur am nächsten Tag von Dr. B. brachte ebenso wenig Erleichterung wie die Stimulation des Blasenendpunktes an der kleinen Zehe beidseits mit magnetischen Pflaster durch den Internisten Dr. N.

Der in der Praxis tätige Anästhesist Dr. D. versuchte G. mit einem Pantherspruns das nicht ausgerenkte ISG (s.o.) einzurenken – keine Besserung.

Nun wollte Dr. G. noch mal den Test mit der Leitungsanästhesie im rechten Unterkiefer machen. Und siehe da: 10 ml Carbostesin, 0,5%, ergaben eine weitestgehende Beschwerdefreiheit.

Am nächsten Morgen: Termin beim befreundeten Kieferchirurgen Dr. Dr. E: Entfernung des devitalen Zahnes 46. Der Kieferchirurg war statt der angedachten 2-3 Minuten ca. 35 Minuten darüber, den völlig mit dem Knochen verwachsenen Zahn in kleinsten Partikeln aus seinem Zahnfach zu holen. Anschießend fräste er den Knochen noch aus und tamponierte die Wunde mit einem Jodoformstreifen. Wundverschluß durch Einzelknopfnähte.

Mittags brach Dr. G. auf zu einem achttägigen Urlaub nach Sylt – im Wohnmobil.
Aber nicht liegend oder stehend, er konnte sogar ca. 300 km selbst fahren.

Die Schmerzen im Gesäßmuskel waren ja wegen der Betäubungsspritze im rechten Unterkiefer erträglich.
Doch auch am nächsten Morgen – die Spritze war schon lange weg, wurden die Kreuz- respektive Muskelschmerzen immer weniger. Gegen Mittag konzentrierten sie sich auf einen Bereich L5/S1, aber zentral.
Sitzen konnte Dr. G. schon wieder ca. eine Stunde und hatte dabei kaum noch Beschwerden im Gesäßmuskel.

Ab Montag, 16.oo Uhr (dreieinhalb Tage nach Entfernung des Zahnes):
völlige Schmerzfreiheit, kein Vorlaufphänomen mehr, Dr. G. kann mit den flachen Händen den Boden berühren. Alle Muskulatur ist unverkrampft, der Schmerz nicht mehr provozierbar.

Es war alles nur der tote Zahn!!.
Nur die Wunde des extrahierten Zahnes wollte drei Wochen nicht heilen und war sehr schmerzhaft.

🡐

Dr. Thomas Greßmann
Kulmbacher Str. 3, D- 95512 Neudrossenfeld, Fax: 09203-973220
gressmann@gressmann.de

IMPRESSUM

Herausgeber: ICAK-D / ICAK-A / IMAK ◆ **Redaktion:** Karl Kienle, Münzstraße 17, D-86956 Schongau, Fax: 0049-(0)8861-900584, karlkienle@gmx.net ◆ **Gestaltung:** Lucy S. Wiedner, München ◆ **Druck:** Nora Druck & Verlag GmbH, Raisting a. Ammersee

Printed in Germany

Namentlich gekennzeichnete Artikel liegen in der Verantwortlichkeit des Autors. MJAK oder Teile davon dürfen nicht ohne schriftliche Genehmigung von MJAK oder des Autors in irgendeiner Form reproduziert werden.

Dr. Ivan Ramšak

Zwei Beispiele aus der täglichen AK-Praxis eines Allgemeinmediziners zum Thema *Zahnherd*

Die AK leistet mir wertvollste Dienste bei der Suche von Zahnherden. Seither hat sich die Wertigkeit des Röntgenbefundes für mich deutlich relativiert. Das Röntgen ist eine nützliche Zusatzinformation, wenn es einen positiven Befund zeigt. Ist jedoch in der Röntgenaufnahme nichts Pathologisches zu sehen, bedeutet dies für mich noch lange nicht, dass sich im Zahnbereich kein Herd in Form einer Ostitis oder eines Wurzelgranulomes befindet. Bei einem unauffälligem Röntgenbefund ist die Diagnose: ›Keine Beherdung im Zahnbereich‹ – unzulässig und eigentlich ein Kunstfehler! Die einzig korrekte Beschreibung wäre: ›Keine Auffälligkeiten im Röntgenbild, jedoch ist bei entsprechender Anamnese eine Beherdung im Zahnbereich trotzdem möglich!‹

Werte ZahnärzteInnen, wie oft bekommen Sie Patienten zur Fokalsuche im Zahnbereich von ÄrztenInnen für Allgemeinmedizin überwiesen? Wie oft hören Sie **typische Herdanamnesen,** wie: ›Die Schmerzen begannen schleichend obwohl es keine Verletzung gab. Sie bessern und verschlechtern sich ohne jeglichen Zusammenhang mit der durchgeführten Belastung. Die Beschwerden verschlechtern sich im Rahmen von Allgemeininfekten, wie Grippe, Schnupfen etc.. Es gibt Tage und manchmal Wochen, da sind die Schmerzen komplett verschwunden, obwohl ich meinen Arm/mein Bein gleich belaste, wie sonst. Die Ausstrahlung der Schmerzen betrifft immer dieselbe Körperseite.‹ Der wohl aussagekräftigste Satz des Patienten ist: ›Herr Doktor ich habe eine **schlechte Körperseite,** denn alle Beschwerden, die ich jemals habe, sind auf meiner rechten/linken Körperseite!‹ Wenn mir das erzählt wird, begebe ich mich ganz akribisch auf Herdsuche, vorrangig im Trigeminusgebiet, denn dort befinden sich über 90% der Störherde. Ich lasse mir hierfür ein OPG (Panorama-Röntgen) machen und untersuche anschliessend die devitalen Zähne und die einzelnen Leerkieferbereiche mit AK. Nun habe ich noch die Möglichkeit mit **Neuraltherapie** den mit AK als störend identifizierten Zahn/Leerkiefer mit einem Lokalanästhetikum zu infiltrieren. Die davon abhängigen Beschwerden sollten zumindest für die nächsten 6-8 Stunden deutlich reduziert sein. Diese Maßnahme war für mich anfangs zur Absicherung notwendig, inzwischen benötige ich die Neuraltherapie zunehmend seltener, weil sie im Zahnbereich nur bei exakter Injektionstechnik absolut sichere Resultate liefert. Ein sauberer und eindeutiger AK-Muskeltest, der reproduzierbar an verschiedenen Tagen dieselbe Aussage liefert, ist diesbezüglich der Neuraltherapie überlegen. Dazu nun zwei **typische Patientengeschichten** aus meiner Praxis.

C., eine 29jährige ehemalige Skirennläuferin, kam mit einem seit 6 Monaten massiv geschwollenem rechten Knie in meine Praxis. Durch ihre guten ärztlichen Kontakte hatte sie im Vorfeld bereits alle erdenklichen diagnostischen Massnahmen getroffen. CT, MRI und letztlich eine Kniepunktion mit dem Versuch eines Erregernachweises. Sämtliche Laborbefunde waren im Normbereich, bis auf eine gering erhöhte Blutsenkung und einem mittelgradig erhöhten Antistreptolysin-titer. Die AK-Untersuchung ergab eine positive TL zum rechten Knie und eine positive TL zum 6er im rechten Unterkiefer. Die Nosode Zahnwurzelgranulom (ZWG) D4 hob die positive TL wieder auf (NC durch ZWG D4). Als dieselbe Nosode die Schwäche bei Knieberührung rechts ebenfalls aufhob, war ich mir absolut sicher, dass der Sechser im Unterkiefer rechts beherdet war und damit Ursache für diese reaktive Arthritis im rechten Kniegelenk gefunden war. Ich schrieb meinen Befund dem zuständigen Zahnarzt, der mich nach zwei Tagen mit folgenden Worten telefonisch kontaktierte: ➔

➔ ›Herr Kollege ich habe den devitalen 46 revidiert und frage Sie, was soll ich nun machen? Sind Sie sich den absolut sicher mit ihrem Befund, denn der Zahn ist wunderschön apikal gefüllt und im Röntgen ist keine Spur von einer Aufhellung zu sehen!‹ ›Sehr geehrter Herr Kollege, verschliessen Sie bitte den Zahn einstweilig provisorisch und schicken die Patientin zur Nachbehandlung zurück zu mir‹, antwortete ich. Nach 4 Stunden rief mich C. an und fragte mich am Telephon, ob es denn möglich sei, dass ihre Schwellung im Knie so schnell nachlassen könne. Seit der Zahn geöffnet wurde, hat Sie eine deutliche Druckerleichterung gespürt! Ich habe C. innerhalb von zwei Wochen noch jeweils eine Nosode Zahnwurzel-granulom D4 in den Wurzelbereich injiziert, weil die TL nach wie vor positiv war. Das rechte Kniegelenk war innerhalb einer Woche völlig bland und wieder normal belastbar. Der 46er konnte neuerlich gefüllt werden, ohne dass seither ein Reizerguss im Kniegelenk aufgetreten wäre. C. ist inzwischen (Nachbeobachtungszeitraum von 7 Jahren) zweifache Mutter geworden und wir testen von Zeit zu Zeit den 46er immer wieder nach. Der Zahn zeigte bis heute keine Reaktion mehr.

Dies ist einer der ganz seltenen Fälle, in denen die Zahnwurzel erfolgreich revidiert werden konnte. Meistens muss der betroffene Zahn extrahiert werden, weil die Wurzelspitzenresektion im Seitenzahnbereich so gut wie niemals eine erfolgreiche Herdsanierung darstellt. Der resezierte Bereich beginnt oftmals schon nach kurzer Zeit zu eitern und entleert diesen im günstigen Falle über Fistelbildungen. Die Patienten beschreiben spontan den schlechten Mundgeruch und können selbst eine Eiterentleerung verursachen. Kommt es zu keiner Fistelbildung treten meistens die vorab bestandenen Fernstörungen nach einiger Zeit neuerlich auf. Diese Bereiche reagieren im AK-Test weiterhin maximal belastend. Hierfür ein **weiteres Patientenbeispiel:**

O., Polizeibeamter und Hobbymarathonläufer, meldete sich bei mir mit Schmerzen im linken Sprunggelenk. Die Schmerzen seien nicht unbedingt belastungsabhängig und bestünden schon seit etwa drei Monaten. O. war wegen der eingeschränkten Mobilität und dem damit verbundenen Verlust seiner Lebensqualität bereits sehr verdrossen. Das mitgebrachte MRT zeigt eine **Ergußbildung im oberen Sprunggelenk** ohne Läsion der anderen Binnenstrukturen. Die AK-Untersuchung ergab eine positive TL zum linken Sprunggelenk und zum 5er im linken Unterkiefer. Ich erklärte ihm diesen Zusammenhang, den er beim Test auch selbst eindeutig nachvollziehen konnte und ersuchte ihn den 35er extrahieren zu lassen. Ich warnte O. noch vor einer Wurzelspitzenresektion (WSR), doch schien er dies, ob der Freude endlich die Ursache für seine Bewegungseinschränkung gefunden zu haben, überhört zu haben. Der zuständige Zahnarzt fertigte eine Röntgenaufnahme an, die eine deutliche Auffhellungszone um den 35er zeigte. O. war natürlich glücklich. Als ihm der Kollege die Möglichkeit der WSR eröffnete, einer operativen Sanierung ohne Verlust des Zahnes, erinnerte er sich offensichtlich in jenem Augenblick nicht mehr an meine Worte. Drei Wochen später stand er wieder in meiner Praxis mit etwas entrüstetem Blick und erzählte mir, dass er zwar für gute zwei Wochen schmerzfrei hätte laufen können, nun hätte er jedoch dieselben Beschwerden wiederbekommen. Ich fragte ihn, ob den die Zahnextraktion Probleme gemacht hätte, worauf er mir von der WSR berichtete. Sofort testete ich den resezierten Bereich nach. Es zeigte sich eine positive TL, die mit der Nosode Kieferostitis D3 und Bupivacain aufzuheben war. Da O. jedoch sehr skeptisch war, umspritzte ich den 35er mit Bupivacain. Danach ließen die Schmerzen im oberen Sprunggelenk spontan für einen halben Tag nach, was zumindest dafür ausreichte O. von dem Zusammenhang neuerlich zu überzeugen. Er ließ sich gegen den Widerstand seines Zahnarztes den 35er extrahieren und läuft seither wieder schmerzfrei Marathon. (Nachbeobachtungszeitraum fünf Jahre!) ←

Dr. Ivan Ramšak
Sielach 1, A-9133 Miklauzhof
Fax: 0043-(0)463-5432217
ramiv@aon.at

pure encapsulations®

Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente, Aminosäuren, Kräuter

Nahrungsergänzungsmittel in höchster Qualität und innovativer Formulierung

- Volle Deklaration der Inhaltsstoffe
- Höchste Qualität der Ausgangsstoffe
- Vegetarische Kapseln
- Keine Hilfsstoffe
- Unabhängige Laborkontrolle jeder Charge
- Gutes Preis – Leistungs - Verhältnis

Verschiedene Testsätze für die AK sind erhältlich. Fordern Sie Ihren Produktkatalog an.
Alle amerikanischen P.E. Präparate sind als Einzelimport mit Rezept in Ihrer Apotheke erhältlich.

bio-mineral Europe B.V. Sport Laan 26 NL – 1906 XE Limmen
Tel.: 089 - 29 16 16 40 Fax: 089 - 29 16 46 44

Die neue Marke für Nahrungsergänzungsmittel Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente

- Volle Deklaration der Inhaltsstoffe
- Höchste Qualität der Ausgangsstoffe
- Vegetarische Kapseln
- Keine Hilfsstoffe
- Unabhängige Laborkontrolle jeder Charge
- Gutes Preis – Leistungs - Verhältnis

Interessant für **alle** Therapeuten, da kein Rezept mehr erforderlich

Alle Nahrungsergänzungsmittel von P.E. Europe entsprechen der neuen EU-Richtlinie.
Katalog und Bestellfax wurden Ihnen bereits zugesandt.
Testsätze sind erhältlich.

bio-mineral Europe B.V. Sport Laan 26 NL – 1906 XE Limmen
Tel.: 089 - 29 16 16 40 Fax: 089 - 29 16 46 44

WOLFGANG GERZ

Bio-logische Präparate – Veränderungen

I

Die meisten AKler haben wohl in den letzten Wochen schon Post erhalten und auch die Werbung in diesem Heft informiert darüber: es gibt Neues aus Brüssel.

Im Zuge der – natürlich von ›Big Pharma‹ betriebenen – ›Harmonisierung‹ und ›Optimierung‹ der EU-Richtlinien für orthomolekulare Präparate sollen mengenmässig die meisten derzeitigen OM-Präparate ab Mitte 2005 vom Markt genommen werden.

Im Gegenzug wurde eine Positiv-Liste erarbeitet, die die zukünftig erlaubten Grundstoffe und auch die ›sicheren‹ Dosierungen angibt. Diese Informationen können über informierte Apotheken oder Importfirmen angefordert werden. Sollten diese Pläne wahr werden, so würde dies das Ende einer sinnvollen orthomolekularen Medizin bedeuten.

Aber: nichts wird so heiß gegessen wie gekocht – und es laufen derzeit auf verschiedensten Ebenen Versuche, diese Richtlinie doch noch zu ändern, wobei m.E. die größte Chance die ist, dass aus USA von den Ärzten und Patienten maximaler Druck dagegen ausgeübt, weil dort die weitgehende Übernahme der europäischen Richtlinien für die USA befürchtet wird.

Jedes Ding hat aber zwei Seiten: da z.B. alle Citrate in Zukunft erlaubt sind, können diese ab sofort rezeptfrei abgegeben werden und sind – wie auch alle anderen nach neuer EU-Richtlinie erlaubten Präparate – damit auch für Heilpraktiker und sogar Physiotherapeuten problemlos erhältlich. Die deutschen Importeure für PE, Bio-Mineral und Vita-Mineral, haben bereits reagiert und bieten eine neue Produktlinie entsprechend der EU-Vorgaben an: **Pure Encapsulations Europe**

Derzeit sind 20 Päparate verfügbar, weitere werden folgen. Entsprechende Informationen können von den beiden Importfirmen angefordert werden. Wichtig ist in Bezug auf die Dosierungen, dass man den PatientInnen in geeigneter Form die Information über die wirklich sinnvollen Dosierungen zukommen lassen muss – aber eben genau nicht via Rezept!

Als Anhalt für Dosierungen dient weiterhin die orthomolekulare Literatur inkl. der AK-Kursunterlagen und dem Buch ›Bio-logische Präparate‹, die sich ja nicht verändert haben. Wer den PatientInnen Präparate von PE rezeptiert, sollte folgendes beachten:

- die bisherigen PE-Präparate sollten hinter dem Produkt die Bezeichnung **›(PE)‹** tragen, also z.B. ›P-5-P 50 (PE)‹
- die neuen ›europäischen‹ Präparate sollten mit **›PE Europe‹** gekennzeichnet sein, also z.B. ›Zink 15 (PE Europe)‹

Der Verkauf der Produkte an Patienten ist allerdings im Rahmen der Praxis weiterhin nicht erlaubt. Schafft man aber – räumlich und organisatorisch eindeutig von der Praxis getrennt – eine separate Verkaufsmöglichkeit, so ist die Abgabe an Patienten prinzipiell möglich. Aber: hier wird es noch einige Reibungen geben und eine entsprechend qualifizierte rechtliche Beratung ist dringend zu empfehlen!

II

Vielen von Euch ist wahrscheinlich auch schon aufgefallen, dass seit 1.7.2003 viele z.T. seit über 100 Jahren bewährte Phytotherapeutika, Homöopathika und Salben weggefallen sind. Beispiele sind Pascopankreat Tr. oder Unex amarum Tr.

Von allen Präparaten in der 3. Auflage der ›Bio-logischen Präparate‹ betrifft dies etwa 10 Präparate – und weitere können folgen.

Hintergrund dieser Entwicklung ist, dass die meist kleinen Herstellerfirmen nicht den ›wissenschaftlichen‹ Nachweis der Wirksamkeit und Unschädlichkeit führen können – der Erfahrungsschatz tausender Ärzte und Heilpraktiker zählt nicht mehr!

Was ist zu tun? Im Prinzip kann jeder versierte und engagierte Apotheker aus den ja weiterhin verfügbaren Einzelkräutern die Mischung herstellen. Aber: gewarnt sei vor den Kosten, da für Einzelrezepturen eine sehr großzügige Preisgestaltung möglich ist! Es empfiehlt sich deshalb Kontaktaufnahme mit dem Apotheker und Besprechung der Kosten und Vorgehensweise vorab. Wendet Euch im Zweifelsfall an die Apotheken, die in ›Bio-logische Präparate‹ genannt sind! Wer im Einzelfall noch Fragen hat, kann sich gerne an mich wenden.

Wolfgang Gerz, Arzt
Sonnenlängstraße 2, 81369 München,
Fax: 0049-(0)-89-781928,
Wolfgang.Gerz@netsurf.de

Dr. Otto Schulze

Einfluss von erhöhter Leinölaufnahme auf den Fettstoffwechsel

In der unten dargestellten Praxisstudie von Dr. Otto Schulze wurden die Patienten gebeten 0,25L Leinöl/3 Wochen zu verzehren.

Alter	Geschlecht	Diagnose	Datum	Anfangswerte	Datum	Kontrolle
69	M	PCP, Diabetes, Hypertonie, KHK	11.12.2002	Chol 230 TG 94	05.03.2003	Chol 181 TG 67 HDL 52 LDL 116
67	W	Diabetes, Hypertonie, Adipositas	13.10.2002	Chol 284 TG 306	07.03.2003	Chol 252 TG 242 HDL 40 LDL 164
65	w	Polyarthrose	18.06.2002	Chol 211	11.03.2003	Chol 183 TG 88 HDL 41 LDL 124
65	w	Diabetes, Polyarthrose, CVI	19.10.2002	Chol 268 TG 103	12.03.2003	Chol 245 TG 164 HDL 47 LDL 165
63	m	PCP	20.11.2002	Chol 214 TG 109 HDL 45 LDL 147	14.03.2003	Chol 214 TG 133 HDL 32 LDL 155
62	w	Hypertonie	20.11.2002	Chol 283 TG 60 HDL 108 LDL 163	14.03.2003	Chol 259 TG 46 HDL 88 LDL 162
73	w	Hypertonie, Depression, Diabetes	31.10.2002	Chol 250 TG 100	17.03.2003	Chol 244 TG 144 HDL 50 LDL 165
65	m	Fettleber	10.12.2002	Chol 195 TG 124	18.03.2003	Chol 183 TG 151 HDL 4 LDL 112
53	w	PCP	07.01.2003	Chol 181 TG 148	18.03.2003	Chol 150 TG 102 HDL 35 LDL 95

Alter	Geschlecht	Diagnose	Datum	Anfangswerte	Datum	Kontrolle
74	m	KHK, Hypertonie	13.11.2003	Chol 217	19.03.2003	Chol 222 TG 122 HDL 32 LDL 166
71	w	Hypertonie, Neuropathie, Depression	13.11.2002	Chol 230	19.03.2003	Chol 215 TG 74 HDL 56 LDL 144
58	m	Atonie	28.11.2003	Chol 255 TG 150	20.03.2003	Chol 190 TG 100 HDL 38 LDL 132
39	w	Thrombose	28.11.2002	Chol 199 TG 55	20.03.2003	Chol 171 TG 95 HDL 53 LDL 98
39	w	Migräne	24.11.2001	Chol 200 TG 59	21.03.2003	Chol 186 TG 49 HDL 63 LDL 114
49	m	Leukopenie	22.01.2002	Chol 233 TG 90	21.03.2003	Chol 176 TG 63 HDL 52 LDL 111

Ergebnisse

Eingangswerte:
durchschnittlicher
Cholesterinwert 230,0 mg/dl

durchschnittlicher
Triglyceridwert:116,5 mg/dl

Kontrolle:
durchschnittlicher
Cholesterinwert: 204,73 mg/dl
Verbesserung um 11%

durchschnittlicher
Triglyceridwert: 113 mg/dl
Verbesserung um 3%

Dr. Otto Schulze
Anton-Oncken-Str. 3, D- 26409 Wittmund, Fax: 04462-2212

(Die Studie wurde im Rahmen des Praxisalltages zusammengestellt und genügt dadurch nicht allen Anforderungen an Systematik, Kontrollgruppen, Statistik etc. Trotzdem lässt sich eine klare Tendenz einer Verbesserung des Lipidstatus erkennen. Erstaunlich ist der größere Einfluss auf den Cholesterin- als auf den Tryglyceridspiegel. Herzlichen Dank für die Studie! Anm. d. Red)

Iris Wenzel

AK-Süd 2003 Auf dem Schafberg

20.-27. September 2003

Bevor ich mich gleich zu Beginn des Beitrags in einer Lobeshymne über die Woche auf dem Schafberg auslasse, möchte ich erst einmal über den fachlichen Teil des Seminars berichten.
Die angebotenen Themen waren ›Refresher Manuelle Techniken von Kopf bis Fuß‹ + ›AK M5‹ (früher AK M4).

Uschi Baier-Wolf, Wolfgang Gerz, Dr. Rudolf Meierhöfer und Johannes Tönnis haben uns mit hoher fachlicher Qualität durch die zum Teil schwierigen und diffizilen Bereiche der Manualmedizin begleitet.

Es wurden u.a. die Wichtigkeit und Bedeutung des craniomandibulären Systems, des neurologischen Zahns, der Herderkrankungen und das optimale Vorgehen bei der Materialtestung mit AK eingehend besprochen und erörtert.

Die dankenswerter Weise organisierten Patientenbeispiele unterstützten eindrücklich unser Begreifen und Verstehen.
Zum anderen verbrachten wir viele Kursstunden mit der genauen Diagnostik und Therapie, einschließlich der möglichen biochemischen Begleitung und das Erlernen der notwendigen Untersuchungstechniken bzgl.
- eines akuten Hals- und Lendenwirbelsäulenpatienten,
- des Hyoids,

➔

Anzeige

Ankündigung Kurs ›*Lymphdrainage für Zahnarzthelferinnen*‹ *2004*

Lymphdrainage für Zahnarzthelferinnen
Die Lymphdrainage ist eine sanfte Methode, die sich durch ihre entödematisierende Wirkung u.a. hervorragend als prä- und postoperative Begleitmaßnahme in der Zahnmedizin und der Kieferorthopädie eignet. Sie beschleunigt den Heilungsprozess und wirkt schmerzlindernd. Ebenso hat sie sich im Rahmen der Parodontosebehandlung bewährt.

In der Kursserie für Zahnarzthelferinnen liegt der Schwerpunkt auf dem Erlernen und praktischen Anwenden der Grifftechniken im Kopfbereich. Zusätzlich werden die Wirkungsweise der Methode besprochen und ihre Einsatzmöglichkeiten in der Zahnarztpraxis eingeübt. Wichtiges Hintergrundwissen wie die Anatomie und Pathologie des Lymphgefäßsystems werden erlernt.

Die Kursserie umfasst zwei Wochenenden sowie einen Tag Refresher.
Termine: 25.09.04 – 26.09.04, 06.11.04 –07.11.04, 29.01.05
Ort: München-Solln

Am 24.09.04 findet zusätzlich ein Infonachmittag für die Praxisinhaber statt.
Hier wird anhand von theoretischen Hintergründen und praktischem Üben ein Einblick in die Methode und deren Einsatzmöglichkeiten in der Zahnarztpraxis gegeben.

Nähere Informationen bei Cornelia Haider, Landsbergerstr. 6, 86946 Issing,
Tel. 08194-999865, Fax 08194-998924, e-mail C-Haider@web.de

LABORATORIUM FÜR UND BIOLOGISCHE

SPEKTRALANALYTISCHE UNTERSUCHUNGEN

Dr. Bayer GmbH

Bopserwaldstraße 26, D-70184 Stuttgart, Telefon (07 11) 16 41 80, Fax (07 11) 1 64 18 18

IHR SPEZIALLABOR FÜR

● MINERALSTOFFE

Natrium, Kalium, Calcium, Magnesium, Phosphor, Eisen
(**Vollblut,** Serum, Erythrozyten)

● SCHWERMETALLE

Blei, Cadmium, Quecksilber, Zinn, Palladium

● VITAMINE

Vitamin A, C, D, E, B1, B2, B6, B12, Biotin, Folsäure, ß-Carotin, Coenzym Q10

● IMMUNDIAGNOSTIK

Lymphozyten-Subpopulationen: T- und B-Zellen, Helfer- und Suppressor-Zellen, Zytotox. T-Zellen, NK-Zellen, Helfer-Zell-Subpopulationen, aktivierte Killer-Zellen
Humorales Immunprofil

● RISIKOFAKTOREN

Cardiovaskuläres Risikoprofil
Homocystein
oxidiertes LDL-Cholesterin

● SPURENELEMENTE

Kupfer, Zink, Selen, Mangan, Chrom
(**Vollblut-**, Serum-, Harnuntersuchungen)

● SÄURE-BASEN-HAUSHALT

Harntitration nach SANDER (Tagesprofil)

● FETTSÄUREN

Fettsäurestatus im Serum mit 14 Fettsäuren

● HORMONE

Östradiol, Östron, Testosteron, Progesteron, DHEA-S, Cortisol, Somatomedin C, Melatonin, FSH, LH

● CANDIDA- UND SCHIMMELPILZ-SEROLOGIE

Antigen sowie IgA-, IgG-, IgM- und IgE-Antikörper

UNSER ZUSATZANGEBOT

- AUSFÜHRLICHE INTERPRETATIONSHILFEN UND KOMMENTIERUNGEN ZU UNSEREN BEFUNDEN
- LAUFENDE PRAXISINFORMATION, SEMINARE, KURSE

SCHREIBEN SIE UNS, RUFEN SIE UNS AN ODER SENDEN SIE UNS EIN FAX -
WIR INFORMIEREN SIE, WIR HELFEN IHNEN WEITER . . .

Herrliche Aussicht, natürlich, einfaches Ambiente und angenehme Geselligkeit beim Schafberg-Refresher vom 20.-27. September 2003.

- der cervikalen Diskusprotrusion,
- der Störungen des craniosacralen Systems,
- des Sacral Wobble-Fehlers,
- der Fixation C7 und 1. Rippe,
- des Category III-Beckenfehlers,
- des Diaphragmas,
- der Thematik des Schuhausgleichs

sowie das Testen neuer Muskeln (Diaphragma, Levator ani und Quadratus lumborum) und Wiederholen und Überprüfen des Fixationskomplexes und der wesentlichen Muskeltests.

Mit großer Konzentration, aber auch viel Humor haben wir das Erlernte mit geduldiger Unterstützung der Referenten gegenseitig geübt und umgesetzt. Unser Praxisalltag wird künftig eine große Bereicherung mit neuen und aufgefrischten Untersuchungstechniken und -strategien erfahren.

Ganz besonders hervorheben möchte ich jedoch das harmonische Miteinander der Kursteilnehmer. Selten habe ich mich auf einem Seminar so wohl gefühlt! Die Wahl der Unterkunft und Verpflegung, die Herzlichkeit der Wirtsleute, die Morgengymnastik mit Uschi, die faulen Mittagsstunden im Liegestuhl, ja sogar das Wetter meinte es fast immer gut mit uns – es hat einfach alles gepaßt.

Und schlußendlich haben wir am letzten Abend sogar noch unser musikalisches Talent entdeckt! Anfangs begnügten wir uns damit, gemeinsam Lieder zu singen, die Walter Ziss souverän auf der Gitarre begleitete. Dann setzte uns Ursula Vogt in baffes Erstaunen mit einem Solobeitrag und einer wundervollen Stimme. Und zuguter Letzt erlebten wir uns in einer Trommelsession, die wirklich einmalig war!
Ein unvergeßlicher Ausklang des Seminars, an das wir wirklich alle gerne zurückdenken.

Iris Wenzel, Heilpraktikerin
Untere Hauptsstr. 21
D-85354 Freising
Fax 08161-4965549

Dr. Anita Ginter

Nerve entrapment Kurs Essen
04.04. - 06.04.2003

In Essen trafen sich 21 AK-Begeisterte, die überwiegende Anzahl davon Sunflower-Therapeuten, um sich in die äußersten Verzweigungen der strukturellen AK einzuarbeiten.
Der Referent Clive L. Jones legte uns mit seinem Skript eine prall gefüllte Zusammenstellung von AK-Erfahrungen zur Behandlung von Nervenengpass-Syndromen einschließlich entsprechender Hintergrundliteratur vor.

Mit Unterstützung seines inzwischen perfekt eingespielten Übersetzers, Dr. Gerhard Otto, führte er die Teilnehmer geschickt durch den Wald an Stoff bis hinaus zu den feinsten Zweigen.

Im Mittelpunkt des Kurses stand die differenzierte Diagnostik – die Strategie – um versteckte Probleme des Bewegungsapparates, die eben nicht ›in the clear‹ testen, herauszuarbeiten.

Was tun, wenn z.B. für einen chronischen Schmerz oder eine Missempfindung der Schulter, des Ellbogens oder des Fußes schon alle offensichtlichen Störungen ohne Erfolg behandelt wurden? Wenn offensichtliche Störungen im cranio-sacral-System der Wirbelsäule, des Beckens und evtl. Störungen des Stoffwechsels und der posturalen Haltung ebenfalls behandelt wurden und auch die Zähne in Ordnung sind? Dann gilt es dem Körper tiefliegende Informationen über mögliche Störungen der Muskelfunktionen und der neurologischen Organisation zu entlocken.

Ausgehend von Leitsymptomen und von der funktionellen Anatomie dienten hierzu z.B. spezifische Provokationen z.B. ›Body into distorsion‹ auf die knöchernen und bindegewebigen Strukturen der ›verdächtigen‹ Bereiche. Die Faktoren der Muskeldysfunktionen und die funktionelle Anatomie der entsprechenden Übergangs- und Durchtrittsstellen wurden noch mal wiederholt und Protokolle erarbeitet, um die Muskeln in dieser Region zu balancieren und die Funktion der knöchernen und bindegewebigen Strukturen wiederherzustellen.

Hier war Gelegenheit die funktionelle Anatomie und die AK-Testung der Unterarm- und Handmuskeln, der Muskeln um das Becken, des Unterschenkels und des Fußes wieder neu zu entdecken. Clive legte neben einem glasklar ausgeführten Muskeltest viel Wert auf eine effiziente Strategie gemäß dem Leitsatz vom Stamm, zu den Ästen, zu den Zweigen und Ästchen. Durch das ständige Arbeiten an Prinzipien wie der reaktiven Muskelmuster, des double crush Syndroms am peripheren Nerv, des ligament interlink der neurologischen Organisationsmuster wie PLUS+ GAIT war für einige Überraschungen und viel neue Informationen gesorgt.

Im praktischen Teil des Seminars wurden die Inhalte ausgiebig geübt und intensiver Erfahrungsaustausch der Kursteilnehmer bereicherte die Werkzeugliste der therapeutischen Möglichkeiten. Wenn sich die Kleingruppe im Dickicht der Befunde verfangen hatten, halfen die Referenten mit wertvollen Tipps und Analysestrategien das Ganze wieder zu einem gangbaren Weg zu ordnen.
Hilfreich setzte Clive Metaphern, kleine Geschichten oder Zitate unserer alten AK-Meister ein. Leitsätze wie ›leave the scene of the crime until you have gathered all the information‹ halfen zu verhindern, den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr zu sehen. So wurde der Kurs zum Spaziergang, obwohl die Fülle des Stoffs eher dem abendfüllenden italienischen Menu entsprach, bei dem sich die Kursteilnehmer erholten.

Dr. Anita Ginter
Mozartstrasse 20, 79104 Freiburg
Fax: 0761 7679091

(In diesem Zusammenhang möchten wir die Bedeutung der Kurse AK M3-M5 – mit ähnlichen Inhalten wie oben angeführt – für alle manuell arbeitenden Therapeuten betonen. Anm. d. Red.)

SERIE

You'll be better
(Es wird Ihnen besser gehen)

Why you'll be better
(Warum es Ihnen besser gehen wird)

Die Geschichte der ›Applied Kinesiology‹

George Goodheart, D.C.

Kapitel 1 (Teil 3)

Fortsetzung der Serie von MJAK 18

Die Akupunktur war für uns bereits seit langer Zeit ein sehr interessantes Thema, aber man wusste nicht viel über das genaue Konzept bis zum frühen Werk des Bennett Cerf, der im Verlag Random House das Buch ›Acupuncture, ancient chinese art of healing‹ von Felix Mann, einem englischen Arzt publizierte. Einige der Jesuiten, die Missionare in China waren, sprachen von den ungewöhnlichen Reaktionen, die sie bei vielen Patientenbeispielen mit Akupunktur beobachteten – einer Insertion von kleinen metallenen Nadeln oder Bambusnadeln in bestimmte Gebiete der Haut des Patienten.

Zitat von Felix Mann in seinem Vorwort zu o.g. Buche: »Alle europäischen Akupunkteure sollten Soulie de Morant tiefe Anerkennung für seine Original-Übersetzung der Chinesischen Abhandlungen zollen. Er trug viel zum Verständnis von Theorie und Praxis während seiner Zusammenarbeit mit Dr. Ferey Rolles bei. Nur wenige konnten Chinesisch lesen, aber viele ziehen großen Nutzen aus den französischen und deutschen Büchern über Akupunktur-Methoden, die in der Literatur zu finden sind.«

Akupunktur ist eine antike chinesische Medizin, bei deren Anwendung feine Nadeln einige Millimeter tief in die Haut gestochen und dann wieder zurückgezogen werden. Das einzig wirklich Wichtige in der Lehre der Akupunktur ist es, zu wissen, wo man in die Haut, in Bezug auf welche Krankheit, einsticht. Die Vorstellung, dass ein Nadelstich, oft an Stellen, die weit vom Krankheitsherd entfernt liegen, eine Heilung bewirkt ist dem herkömmlich Denkenden oft fremd. Unglücklicherweise zweifeln viele Ärzte an der Heilung durch Akupunktur, auch wenn sie schon einigen Patienten, die durch Akupunktur geheilt wurden, und bei denen andere Bemühungen fehlschlugen, begegneten.
Akupunktur ist kein Exklusivbesitz der Chinesen. Bereits 1150 v. Chr., wird in einer der wichtigsten antiken ägyptischen Medizinabhandlungen, eine Theorie über Muskeln, die mit den 12 Meridianen der Akupunktur korrespondieren könnten präsentiert.

Die Bantu kratzten manchmal bestimmte Teile des Körpers, um Krankheiten zu heilen. Bei der Ischiasbehandlung brannten manche Araber einen Teil des Ohres mit einer heißen Metallsonde. Einige Eskimos praktizierten simple Akupunktur mit scharfen Steinen. Ein abgeschiedener Kannibalenstamm in Brasilien schoss kleine Pfeile mit Blasrohren in bestimmte Körperteile.

Ein Patient und guter Freund kehrte aus Hawaii zurück und brachte mir eine der ersten Kopien des von Random House publizierten Felix Mann Buches mit. Inzwischen sind wir recht überzeugt von der Verbindung zwischen Viscera und Muskeln. In dem Kapitel des Felix Mann Buches ›The five elements‹, Seite 92, spricht er von organischen Verbindungen, die viele Aspekte der Akupunktur beinhalten, er zeigt uns vier Punke, um zu tonisieren oder zu stimulieren und vier Punkte zum beruhigen, wenn ein Organ überaktiv ist.

Bei dem Bemühen, diese Punkte in Beziehung zu unseren AK-Testergebnissen zu setzen, versuchten wir die Punkte zur Tonisierung zu stimulieren und stellten teilweise Muskelreaktionen fest. Stecken der Nadel in den sogenannten ›ersten Punkt‹, stärkte stets den Muskel, sofern er im Test schwach ausfiel. Und das Nadeln eines Punktes der sedierte, produzierte stets eine Schwäche des Muskels im Muskeltest, sofern der Muskel zuvor stark war. Schnell merkten wir, dass die Berührung der beiden ersten Punkte zur ➔

Die Geschichte der ›Applied Kinesiology‹

Tonisierung die Stärkung von schwachen Muskeln bewirkte. Die Umkehrung traf ebenfalls zu.

Wir schrieben das erste Buch über Akupunktur im Jahre 1966, um die Verbindung zur AK aufzuzeigen. Dies war das einzige Handbuch, das nicht wieder aufgelegt wurde, da das Konzept für die damalige Zeit zu neu war. Wie auch immer – seit dieser Zeit entwickelte es sich zu einem festen Bestandteil der Applied Kinesiology und bildet die Grundlage vieler Informationen, die wir in der Akupunktur wiederfinden konnten.

Nun haben sich uns fünf Wege aufgetan. Wir können den Weg der origin insertion Technik, der neurolymphatischen, der neurovasculären, der cranialen Behandlungen und nun auch der Akupunktur gehen. Jede dieser Möglichkeiten beinhaltet seinen eigenen speziellen Bereich von Regeln und speziellen Bereich von Umständen.

Wie der Körper sich selbst heilt

Applied Kinesiology basiert auf der Tatsache, dass die Sprache des Körpers niemals lügt. Die Möglichkeit des Verständnisses der Körpersprache wird erhöht durch die Fähigkeit, die Muskeln als Indikatoren der Körpersprache zu nutzen. Die ursprüngliche Methode zum Testen der Muskeln und Funktionsauswertung der von Kendall und Kendall erstmals eingeführten Art des Muskeltests, ist ein erstklassiger diagnostischer Plan. Wurde erst einmal eine Muskelschwäche festgestellt, gibt es zu viele verschiedene therapeutische Möglichkeiten, um sie hier alle aufzuzählen. Die Möglichkeit, den Körper als Instrument zur Diagnose zu nutzen, ist in der modernen Therapie mit nichts zu vergleichen, denn die Reaktionen des Körpers sind unfehlbar. Wenn man das Problem richtig angeht, die richtige und akkurate Diagnose und Behandlung anwendet, ist die Reaktion angemessen und befriedigend für beide, den Arzt und den Patienten. Schließlich geht es darum, den Menschen Besserung zu verschaffen. Der Körper heilt sich selbst auf eine sichere, praktische, angemessene, bemerkenswerte, vorherbestimmte Art und Weise. ›Der innere Heiler kann von außen angeregt werden.‹ Der Mensch besitzt durch eine angeborene ›innere‹ Intelligenz oder physiologische Homöostase ein eigenes Potential zur Genesung.

Dieses Genesungspotential mit dem der Mensch ausgestattet ist, benötigt eine Hand, das Herz und den Verstand eines trainierten Individuums zur Verwirklichung und ermöglicht die Heilung. Dies kommt der Menschheit zu Gute. Es kommt jedem Einzelnen und auch dem Kollektiv zu Gute, aber auch den Ärzten, die den Dienst leisten und es erlaubt auch der Kraft, die die Struktur des menschlichen Körpers kreierte ungehinderte Betätigung. Dieser Nutzen für die Menschheit lässt sich vervollkommnen durch Kenntnis physiologischer Fakten und durch vorhersagbare Gewissheit.

(Fortsetzung folgt)

Übersetzung:
Gaby Harris, Karl Kienle

DR. MARION FITZNER

Schmuck ist nicht gleich Schmuck

In unseren AK-Kursen haben wir gelernt, dass Schmuckstücke im Allgemeinen die Untersuchungen mit Hilfe der AK nicht beeinflussen. Aber was im Allgemeinen gilt, gilt nicht immer im Besonderen.

Ich selbst bin seit Jahren Patientin bei Dr. Kalo in Hamburg und wir haben eine Oralrehabilitation durchgeführt. Schmuck trage ich fast nie, aber ein Q-Link, den ich als Anhänger an einer Naturseidenschnur um den Hals trage, ist mein ständiger Begleiter.

Nach dem die Oralrehabilitation abgeschlossen war, bekam ich Beschwerden an den Zähnen 24 und 34. Als Herd reagierten die Zähne nicht. Um herauszubekommen, warum die Zähne schmerzhaft sind, konsultierte ich Dr. Markus Schreibweiß in Darmstadt.

Dr. Schreibweiß ließ mich als Erstes den Q-Link abnehmen – wir bekamen ganz andere Testergebnisse als bei Dr. Kalo in Hamburg. Weitere Tests bestätigten es: mit Q-Link bin ich normoton, ohne Q-Link fast generalisiert hyperton, außerdem stellen sich die Zähne 24 und 34 als Herdgeschehen dar.

Also: Schmuck ist nicht gleich Schmuck.

Dr. Marion Fitzner
Zahnärztin, Heilpraktikerin,
Weinberg 2, 36457 Stadtlengsfeld
Fax: 036965-67022

FÜR SIE GELESEN:

Aspergillose durch Mülltrennung

Die Trennung von häuslichem Müll und dessen separate Entsorgung sind in vielen Küchen seit langem gang und gäbe. Von den hierbei in der so genannten ›Biotonne‹ gesammelten, biologisch abbaubaren Abfällen könnte eine gesundheitliche Gefährdung ausgehen. Ein Hinweis darauf jedenfalls kommt nun aus Osnabrück in Form eines Fallberichts.

Ein 29-jähriger Müllmann, der beruflich regelmäßig unter anderem mit der Leerung von Biotonnen beschäftigt war, stellte sich bei seinem Arzt vor und klagte über Thoraxschmerzen und Atemnot während seiner Arbeit. Zusätzlich litt er unter nächtlichen grippeartigen Beschwerden wie Myalgien, Fieber, Schüttelfrost und produktivem Husten mit bräunlich-grünem Auswurf. Besonders ausgeprägt waren die Beschwerden bei dem Müllmann in den Nächten nach seiner Arbeitsschicht.

Die weitere pulmonologische Diagnostik ergab eine verminderte Vitalkapazität, ein reduziertes FEV1 und eine leichte Lungenobstruktion. Bei 9100 Leukozyten pro Mikroliter Blut fanden sich 8% Eosinophile. IgA- und IgE-Antikörper gegen Aspergillus fumigatus waren neben anderen pilzspezifischen Antikörpern deutlich positiv. Im Röntgenbild des Thorax zeigte sich eine bihiläre, streifigfleckige Verschattung, die bis in die Oberfelder reicht.

Allergische bronchopulmonale Aspergillose mit einer extrinsischen allergischen Alveolitis, die durch den Pilzbefall des häuslichen ›Biomülls‹ verursacht ist, lautete die endgültige Diagnose. Die Untersuchung der Außenluft hinter einem Biomüll entsorgenden Fahrzeug der Müllabfuhr ergab eine Belastung mit Aspergillus fumigatus von mehr als 10 kolonieformenden Einheiten pro Kubikmeter Luft.

FAZIT: Von dem in Biotonnen wachsenden Pilz Aspergillus fumigatus kann ein Sensibilisierungs- und Erkrankungsrisiko für exponierte Personen ausgehen. Über die Anerkennung der Aspergillose als Berufskrankheit muss in diesem Fall diskutiert werden.

Allmers H et al: Two year follow-up of a garbage collector with allergic bronchopulmonary aspergillosis (ABPA). Am J Ind Med 37 (2000) 438-442

(Mit frdl. Genehmigung aus Praxisdepesche 15/2000)

Hypothesen zur Pathogenese

MS durch Epstein-Barr-Virus?

Der Nachweis hoher EBV-Antikörpertiter bei MS-Patienten und die sehr seltenen MS-Fälle unter Menschen ohne EBV-Antikörper haben das Epstein-Barr-Virus in den Fokus der MS-Forschung gerückt.

Von über 63.000 Teilnehmerinnen an zwei Studien zur Gesundheit von Krankenschwestern litten 1999 144 an multipler Sklerose. Zusätzlich zu diesen 144 wurden 288 gesunde Frauen in die Studie aufgenommen.
Der Test auf Serumantikörper gegen EBV zeigte, dass die meisten bei den MS-Patientinnen stark erhöht waren. In Bezug auf das Cytomegalievirus bestand zwischen beiden Gruppen kein Unterschied. Von 18 MS-Patientinnen konnten zusätzlich Blutproben untersucht werden, die vor Ausbruch der Krankheit abgenommen worden waren.
Bei allen waren die EBV-Antikörpertiter schon ein Jahr vor Ausbruch der MS stark erhöht gewesen. Eine direkte Infektion des Zentralnervensystems mit EBV scheint bei MS aber nicht vorzuliegen, da in MS-Plaques keine Virenbestandteile gefunden wurden.

FAZIT: Eine Infektion mit Epstein-Barr-Virus scheint das MS-Risiko zu erhöhen. Da aber nur wenige Menschen mit EBV-Antikörpern MS entwickeln, müssen Kofaktoren dazukommen.

Ascherio A et al.: Epstein-Barr virus antibodies and risk of multiple sclerosis.
JAMA 286 (2001) 3083-3088 - Gilden DH: Viruses and multiple sclerosis. Ebd. 3127-3129

KOMMENTAR: Unser heutiger Wissensstand macht die Infektions-Theorie als MS-Ursache am wahrscheinlichsten. Für die Existenz von Autoimmunprozessen fehlen die Beweise. Viele Viren wurden mit der MS-Entstehung, in Verbindung gebracht. Immerhin hat das Klonen von IgG-Genen aus dem Hirngewebe und Liquor von MS-Patienten Hinweise auf eine Antigen-gesteuerte Reaktion erbracht. Im Hinblick auf die EBV- These wären entsprechende Liquor-Untersuchungen der Patientinnen von Interesse.
(Mit frdl. Genehmigung aus Praxisdepesche)

Hypothesen zur Pathogenese

Parasitäre Infektionen als ›Rheuma‹-Ursache?

Viele rheumatische Erkrankungen werden auf bakterielle, virale und mykotische Infektionen zurückgeführt. Aber auch parasitäre Infektionen müssen als Ursache rheumatischer Erkrankungen in Erwägung gezogen werden.

Ausgewertet wurden Fallberichte zwischen 1966 und 2000. Demnach sind als potenzielle Erregergruppen u.a. Protozoen, Nematoden, Zestoden und Trematoden anzusehen.

Eine weitere mögliche Ursache für rheumatische Syndrome besteht in der Behandlung parasitärer Infektionen, insbesondere bei einer hohen Parasitenlast. Diese spezielle Form kann durch eine niedrige Diethylcarbamazin-Dosierung oder eine begleitende Kortikosteroid-Therapie vermieden werden.

Bei den bisher beschriebenen Fällen handelt es sich eher um Assoziationen als um nachgewiesene ursächliche Zusammenhänge zwischen parasitärer Infektion und rheumatischer Erkrankung. Ferner sind bislang die Diagnosen überwiegend unspezifischer Art.

FAZIT: Nach Hinweisen für eine parasitäre Infektion sollte vor allem bei Patienten mit anderweitig nicht erklärbaren oder atypischen rheumatischen Syndromen geforscht werden.

Peng SL: Rheumatic manifestations of parasitic diseases. Semin Arthritis Rheum 31 (2002) 228-247

(Mit frdl. Genehmigung aus Praxisdepesche)

Qualität ist nachprüfbar!

Fettsäuren sind nicht immer gleich Fettsäuren

Orientieren Sie sich an unseren Testergebnissen

Gereinigte Fischölextrakte von Thorne Research, USA
exklusiv bei Centropa. T.P.E.
Maastricht - Aachen - Wien
Garantiert höchste Qualität

Omega-3- und -6-Fettsäuren

aus Lachsöl, Fischöl, Algenöl

Unsere Produktbeispiele:

Aus Fischölen:
SUPER EPA® (Nutri-Fish): gereinigte Omega-3-Fettsäuren von Meeresfischen
OMEGA PLUS® (Nutri-Omega): gereinigte Omega-3- und -6-Fettsäuren
Spezial: DHA: gereinigte Omega-3- Fettsäuren aus Algenöl

Aus pflanzlichen Ölen:
BLACK CURRANT OIL: Hochdosierte Omega-3- und Omega-6-Fettsäuren aus dem Samen der Schwarzen Johannisbeere
TRI-CLA®: Konjugierte Linolsäure aus pflanzlichen Ölen

Unsere Qualitätsgarantie:
Die Qualitätssicherheit von Fischölextrakten entscheidet sich am Umgang des Herstellers mit den Problemgruppen im Fischgewebe wie Schwermetalle, Pestizide, restliche Eiweiße

Unsere Testergebnisse:		**Bisherige Werte:**
Arsen:	< 0,100 ppm	0,100 ppm
Blei:	< 0,050 ppm	0,250 ppm
Cadmium:	< 0,050 ppm	0,100 ppm
Quecksilber:	< 0,030 ppm	0,100 ppm
PCBs:	nihil bis 0,005 ppm	unbekannt

Senden Sie mir bitte

Produktunterlagen ❒
Fachinformationen ❒
ein Musterangebot ❒

Meine Adresse

Centropa Warehouse T.P.E.
Karveelweg 30 a
NL-6222 NH Maastricht
Niederlande
Hotline: 01805 33 11 60
Fax: 01805 33 11 69
info@centropa.com

CENTROPA T.P.E. Maastricht-Aachen-Wien
Ihr europäischer Partner für orthomolekulare Produkte und Konzepte